

La Réanimation de Base

DIRECTIVES DE L'ERC, ÉDITION 2021



La Réanimation de Base

**La Réanimation Cardiopulmonaire (RCP) avec utilisation
d'un Défibrillateur Externe Automatisé (DEA)**

DIRECTIVES DE L'ERC, ÉDITION 2021

Réanimation de Base

Manuel de cours

Auteurs

Federico Semeraro, Theresa M. Olasveengen, Patrick Van de Voorde, Walter Renier, Violetta Raffay, Dominique Biarent, Marjolijn de Nijs, Sander van Goor, Jacques Delchef, José M Giraldo, Artem Kuzovlev, Gavin Perkins, Michael Smyth, Andrea Scapigliati, Giuseppe Ristagno, David Zideman, Bo Lofgren, Sanna Hoppu.

Remerciements

Thomas Dorscht, ainsi que le Nederlandse Reanimatieraad (NRR) pour les prises de vue vidéo et le choix des photos. Nous remercions également Nana Ramael, Violetta Raffay et Walter Renier pour les prises de vue.

Page de couverture et mise en page par StudioGrid, Belgique (info@studiogrid.be).

Publié par l'European Resuscitation Council vzw, Emile Vanderveldelaan 35, 2845 Niel, Belgique.

ISBN: 9789492543 813

Dépôt n°: D/2016/11.393/094

© European Resuscitation Council 2021. Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, stockée dans un système de recherche, ou transmise, d'aucune manière que ce soit, ou de manière électronique, sous forme de photocopie, par enregistrement ou autre, sans la permission écrite préalable de l'ERC. Le contenu de ce manuel est basé sur les recommandations ERC 2021, le contenu du manuel précédent, les données existantes de la littérature, les directives existantes et le consensus d'experts.

AVERTISSEMENT : La connaissance et la pratique de la réanimation en général, et de la réanimation cardio-pulmonaire en particulier, reste un domaine de la médecine et des sciences de la vie, en constante évolution. Les informations fournies dans ce manuel de cours sont uniquement destinées à des fins éducatives et informatives. En aucun cas ce manuel de cours peut être considéré comme offrant des informations précises, à jour, scientifiques, médicales ou offrant tout autre avis. Les informations continues dans ce manuel de cours ne devraient en aucun cas être utilisées à la place des conseils d'un intervenant en soins de santé, dûment qualifié et agréé. Les auteurs et l'éditeur de ce manuel de cours prient les utilisateurs de consulter un intervenant qualifié en soins de santé, pour un diagnostic, un traitement et des réponses à leurs questions médicales personnelles. Les auteurs et l'éditeur de ce manuel de cours ne peuvent pas garantir l'exactitude, la pertinence et l'efficacité des traitements, des méthodes, des produits, des instructions, des idées ou de toute autre donnée, contenues dans ce manuel. Les auteurs et l'éditeur de ce manuel de cours ne peuvent pas être tenus pour responsables, de quelque façon que ce soit, pour toute perte, blessure et/ou dommage à toute personne, directement ou indirectement, en relation de quelque manière que ce soit avec l'usage de ce manuel de cours et/ou les traitements, méthodes, produits, instructions, idées ou toute autre donnée, contenus dans ce manuel.

Réanimation de Base

Manuel de cours

Traduction en français

Éditeurs : Walter Renier

Contributeurs : Thierry Hosay, Carlo Clarens

Remerciements : Nous tenons à remercier tous les auteurs du manuel anglais.

Cette publication est la traduction du manuel original Basic Life Support. La traduction est réalisée par et sous la supervision du BRC, Avenue des Villas, 35A à 1060 Bruxelles, seul responsable de son contenu. Si certaines questions restent en suspens à propos de l'exactitude des informations contenues dans la traduction, référez-vous, s'il vous plaît, à la version anglaise, version officielle du manuel. Toute divergence ou différence issue de cette traduction n'engage en rien l'European Resuscitation Council, qui ne porte aucune responsabilité légale, ni en termes de conformité, ni en termes de mise en application.

Contenu

0.	Au sujet du cours	6
0.1	Important : apprentissage tout au long de la vie et validité des certificats	7
1.	Introduction	9
2.	Reconnaître l'arrêt cardiaque - la chaîne de survie	11
3.	La Réanimation de Base : démo vidéo <i>(voir également le contenu en ligne)</i>	
3.1	La réanimation en détail	17
4.	L'utilisation d'un DEA	23
5.	Résumé : BLS - un algorithme pas à pas... <i>(voir également le contenu en ligne)</i>	30
6.	La Position Latérale de Sécurité	31
7.	L'étouffement	35
8.1	La réanimation de base chez les nourrissons et les enfants	39
8.2	Circonstances particulières	41
9.	En période de pandémie...	43

CHAPITRE 0

AU SUJET DU COURS



Le cours BLS vise à vous fournir les connaissances et les compétences nécessaires pour reconnaître (ou si possible prévenir) un arrêt cardiaque et pour pouvoir réanimer en cas de besoin. La réanimation de base (BLS) est la combinaison de compressions thoraciques et de ventilations (appelées ensemble réanimation cardio-pulmonaire (RCP)) avec l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé (DEA). Ce cours s'adresse, aussi bien aux non-professionnels (p.ex. des témoins sans connaissances préalables), qu'aux (premiers) intervenants et professionnels de la santé.

Le contenu de ce cours est basé sur les directives ERC 2021, sur le contenu du manuel précédent, sur les données existantes de la littérature, sur les directives existantes et le consensus d'experts. L'espace d'apprentissage en ligne (e-learning) optimise la préparation à la session pratique qui, elle, est axée sur la performance, intégrant à la fois les connaissances et les compétences pratiques de la réanimation. Veuillez consacrer suffisamment de temps à chacune des leçons (cela peut vous prendre en tout 2 à 3 heures). Après avoir parcouru toutes les leçons, nous vous demanderons de remplir le questionnaire final, comme test de préparation, avant d'assister à la session pratique.

Ce manuel doit être lu conjointement avec l'e-learning de la plateforme virtuelle d'apprentissage (PVA) disponible sur le site internet « **CoSy** » de l'European Resuscitation Council (ERC). Dans l'état actuel des choses, la version anglaise de l'e-learning de l'ERC est considérée comme la plus complète et la plus à jour, y compris les nombreuses informations de base, alors que ce manuel ne contient que le contenu de l'apprentissage de base tel qu'il est connu à la date de sa publication. *Pour cette raison, vous trouverez dans ce manuel des **codes QR** qui renvoient directement aux chapitres et/ou au matériel audiovisuel du PVA. En cliquant sur ces codes ou en les scannant avec, par exemple, votre téléphone portable, vous pourrez accéder au contenu de l'e-learning.*

Si vous avez reçu ce manuel dans le cadre de votre préparation à un cours BLS, vous avez également accès à l'ensemble de l'e-learning PVA pertinent via votre compte CoSy. Si vous avez toutefois acheté ce manuel sans être inscrit à un cours ERC pertinent, vous pouvez toujours accéder aux supports virtuels en utilisant les liens et les codes QR contenus dans ce manuel. La première fois que vous voudrez y accéder, nous vous demanderons de vous inscrire à la plateforme et de saisir le code d'échange suivant :

Autocollant avec code d'échange à ajouter ici.

Pour vraiment devenir compétent en BLS, vous avez non seulement besoin des connaissances (telles que celles fournies par le matériel d'apprentissage), mais également d'une formation des compétences appropriée. C'est pourquoi nous vous invitons - sauf si vous l'auriez déjà fait - à envisager de vous inscrire à un cours pratique en Réanimation de Base (BLS). Pour un cours pertinent dans votre région, rendez-vous sur <https://cosy.erc.edu/fr/sessions/calendar>. Ceux qui terminent un cours pratique recevront également un certificat officiel ERC BLS.

0.1 IMPORTANT : APPRENTISSAGE TOUT AU LONG DE LA VIE ET VALIDITÉ DES CERTIFICATS



Recertification & Apprentissage tout au long de la vie

Avec le lancement du nouveau CoSy 2020, l'ERC a décidé de mieux prendre en compte le déclin rapide des performances, tout en appréciant les circonstances difficiles dans lesquelles les intervenants doivent travailler et les règles et réglementations auxquelles ils doivent se conformer. Par conséquent, l'ERC a donc décidé de remplacer la date de fin du certificat par une **date limite de recertification** via le programme de recertification de l'ERC. Ce délai de recertification est de 1 à 2 ans pour les cours de base (avec une flexibilité pouvant aller jusqu'à 3 mois). Passé ce délai, la seule façon de mettre à jour votre certificat est de refaire un cours de base pour intervenants complet.

Pour garder votre certificat « en bonne santé », l'ERC vous demandera d'entreprendre à intervalles réguliers et dans le cadre du programme de recertification, des activités de « **recertification** » spécifiques. La meilleure façon de trouver ces activités est d'aller sur vos certificats dans CoSy 2020 et de cliquer sur le lien « comment conserver mes certificats en bonne santé ».

! Il se peut qu'une telle procédure de recertification ne soit pas encore disponible dans votre pays ou pour votre type de cours. Dans ce cas, la seule façon de mettre à jour votre certificat (date du dernier cours) et de garder l'accès à tous les supports d'apprentissage de l'ERC est de suivre à nouveau un cours complet d'intervenant.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION



1

LA RÉANIMATION DE BASE ADÉQUATE ET EFFECTUÉE EN TEMPS OPPORTUN PEUT SAUVER BEAUCOUP DE VIES...



À la fin de ce cours, vous serez en mesure de démontrer :

- Comment évaluer une victime inanimée et reconnaître un arrêt cardiaque.
- Comment effectuer des compressions thoraciques et des insufflations.
- Comment utiliser un défibrillateur externe automatisé, en toute sécurité.
- Comment placer une victime inconsciente mais qui respire, en position latérale de sécurité.
- Comment gérer une victime qui s'étouffe.

L'arrêt cardiaque est une situation dans laquelle le cœur s'arrête de battre de façon soudaine et inattendue. Quand cela se produit, il n'y a plus de circulation sanguine vers le cerveau et les autres organes vitaux. Chaque année, des centaines de milliers d'hommes et de femmes en Europe s'écroulent inanimés et meurent d'un arrêt cardiaque. Entamer immédiatement la **réanimation de base (basic life support - BLS)** peut doubler, voire même quadrupler, les chances de survie de la victime.

Le BLS est composé de deux parties importantes : la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé (DEA).

- **La RCP** consiste en deux actions principales : des compressions thoraciques (pour créer un flux sanguin) et la respiration artificielle ou insufflations (pour apporter de l'oxygène aux poumons). La RCP peut prévenir des dommages aux organes vitaux, tels que le cerveau et le cœur. Dans la plupart des cas, la RCP seule ne redémarrera pas le cœur. Une RCP bien exécutée (particulièrement les compressions thoraciques), rend plus probable l'efficacité des tentatives de défibrillation ultérieures.
- Si le cœur s'arrête brusquement (arrêt cardiaque), la cause en est souvent un rythme chaotique, appelé « fibrillation ventriculaire », qui nuit à la coordination des battements du muscle cardiaque et qui résulte en un arrêt du flux sanguin. Un **DEA** est un appareil qui permet de délivrer au cœur un choc électrique contrôlé, dans le but d'arrêter la fibrillation ventriculaire et de restaurer la fonction cardiaque.

Il y a plusieurs types de DEA disponibles sur le marché, et ils partagent tous les mêmes principes de fonctionnement. Le signal électrique généré par le cœur est capté par le DEA au moyen de deux électrodes auto-adhésives. Quand un choc est indiqué, il est délivré à la victime via ces électrodes. Un positionnement correct de celles-ci est important pour assurer l'interprétation précise du rythme par le DEA et délivrer ultérieurement le choc.

CHAPITRE 2

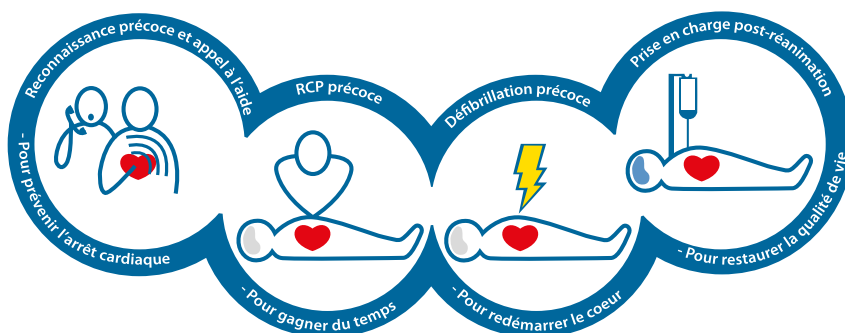
RECONNAÎTRE L'ARRÊT CARDIAQUE - LA CHAÎNE DE SURVIE



LA CHAÎNE DE SURVIE

Sauver une vie implique une succession d'étapes. Chacune d'elles influence le taux de survie. Les étapes sont souvent décrites comme les maillons de la "Chaîne de Survie". Cette chaîne résume les liens vitaux nécessaires au succès de la réanimation.

Figure 2.1 La chaîne de survie



Pour plus d'informations, nous vous invitons à aller sur la PVA du CoSy (cliquez ou scannez le code QR ci-dessus)

! Les directives 2021 de l'ERC soulignent l'importance des interactions entre l'opérateur 112, le témoin qui démarre la réanimation, et le déploiement opportun d'un DEA. Une réponse commune efficace et bien coordonnée, qui permet d'atteindre simultanément tous ces éléments, est cruciale pour améliorer la survie lors d'un arrêt cardiaque extrahospitalier. L'opérateur 112 joue un rôle important dans la détection précoce d'un arrêt cardiaque, pour fournir par téléphone une aide à la RCP (connue sous le nom de Phone CPR, à savoir la RCP par téléphone) et pour localiser et orienter un secouriste vers un DEA. Les instructions de l'aide à la réanimation par l'opérateur 112 améliorent le nombre de réanimations effectuées par des témoins, réduisent le délai avant la première RCP, augmentent le nombre de compressions thoraciques délivrées et améliorent les chances de survie des patients après un arrêt cardiaque extrahospitalier (OHCA - out of hospital cardiac arrest), dans tous les groupes de patients. Quand cela est possible, les opérateurs 112 fourniront, dans tous les cas d'arrêt cardiaque suspecté, des instructions de réanimation par téléphone à moins qu'un secouriste formé ne soit présent pour commencer la réanimation ou soit déjà occupé à réanimer. Les intervenants qui ont besoin d'aide doivent suivre les instructions données par les opérateurs 112.

Sur la PVA, nous expliquons plus en détail la différence entre une crise cardiaque et un arrêt cardiaque. Une crise cardiaque devrait être suspectée si une victime présente une douleur écrasante et persistante au centre du thorax et qui ne disparaît pas au repos. La douleur peut irradier vers bras, la mâchoire ou la gorge. C'est l'une des principales raisons pour laquelle les adultes font un arrêt cardiaque soudain.

ÉVALUATION D'UNE VICTIME INANIMÉE - RECONNAÎTRE L'ARRÊT CARDIAQUE

Une victime inconsciente et qui ne respire pas, ou qui respire anormalement, a besoin d'être réanimée dès que possible.

S'il y a deux intervenants ou plus, les tâches doivent être réparties entre eux (un sauveteur alerte le service d'aide médicale urgente tandis que l'autre commence la réanimation).

Le premier maillon crucial de la chaîne de survie est la reconnaissance précoce de l'arrêt cardiaque et l'appel immédiat des services d'urgences. Nous présentons ici une approche par étapes :

ÉTAPE 1 : VÉRIFIEZ LA SÉCURITÉ : Approchez-vous avec prudence ; assurez-vous qu'il n'y a aucun danger pour vous-même, la victime ou pour toutes les personnes présentes. Soyez conscient des dangers que peuvent présenter le gaz, l'électricité, le trafic, les bâtiments, etc.

Le risque de transmission de maladies pendant une RCP réelle est extrêmement faible, sauf en période d'épidémie ou de pandémie. Le port de gants pendant la RCP est conseillé, mais la RCP ne devrait pas être retardée, ou non réalisée, si des gants ne sont pas disponibles. Les secouristes devraient prendre des précautions appropriées si une victime est connue pour être atteinte d'une infection grave (par exemple, le virus VIH, la tuberculose, l'hépatite B ou la COVID-19). Les algorithmes BLS et les dispositifs utilisés pour la protection individuelle en période épidémique ou pandémique sont expliqués dans un chapitre séparé de ce manuel.

ÉTAPE 2 : VÉRIFIER LA CONSCIENCE : Agenouillez-vous à côté de la victime. Vérifier si le patient réagit.

Placez les deux mains sur les épaules de la victime, secouez-lui prudemment les épaules et demandez à haute voix : « Est-ce que ça va ? »

- Si la victime répond : laissez-la dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée, à condition qu'il n'y ait plus de danger, essayez de trouver quel est son problème et demandez de l'aide, si nécessaire. RÉÉVALUEZ-la régulièrement.
- Si la victime ne répond pas : vérifiez sa respiration.

Figure 2.2 Vérifiez la conscience en demandant : « Est-ce que ça va ? »



ÉTAPE 3 : OUVRIR LES VOIES RESPIRATOIRES ET VÉRIFIER LA RESPIRATION :

Chez une victime inconsciente, la langue peut se laisser aller en arrière et obstruer les voies respiratoires. Celles-ci peuvent être ouvertes en basculant la tête en arrière et en soulevant le menton, ce qui a pour effet de tirer la langue vers l'avant, en dégageant le fond de la gorge (manœuvre de bascule de la tête et de soulèvement du menton).

- Placez la victime sur le dos.
- Placez une main sur le front et basculez doucement la tête en arrière.
- Avec l'extrémité des doigts de votre autre main, placés sous la pointe osseuse du menton de la victime, soulevez le menton pour ouvrir les voies respiratoires.

Figure 2.3 Manoeuvre de bascule de la tête et de soulèvement du menton



Figure 2.4 Voir, écouter et sentir



Pour vérifier si la victime respire normalement, maintenez ses voies respiratoires ouvertes.

- **VOIR** si le thorax bouge
- **ÉCOUTER** près de la bouche des bruits respiratoires
- **SENTIR** un souffle sur votre joue

Ne le faites pas plus de 10 secondes ; déterminer si la victime respire normalement.

Dans les premières minutes qui suivent un arrêt cardiaque, une victime peut à peine respirer ou alors par gasps irréguliers, lents et bruyants. Ne confondez pas cela avec une respiration normale.

Si vous avez le moindre doute quant à la présence d'une respiration normale, agissez comme si la victime ne respirait pas normalement : appelez le 112 et commencez la RCP.

Parfois, au début d'un arrêt cardiaque, la victime peut présenter des convulsions qui se confondent avec de véritables crises d'épilepsie. Par conséquent, il est important de vérifier chez chaque patient, dès que les crises s'arrêtent, si la respiration est normale ou absente en regardant, en écoutant et en sentant.

ÉTAPE 4 : APPELEZ LE 112 (ou votre NUMÉRO D'URGENCE local) :

Lorsqu'une victime ne répond pas, n'a pas de respiration ou a une respiration anormale, le témoin doit conclure qu'un arrêt cardiaque s'est installé.

Si tel est le cas, les services d'urgence doivent être appelés immédiatement. Appelez le numéro d'urgence européen (112) ou le numéro du service d'ambulance de votre pays.

- S'il y a un témoin : demandez-lui d'appeler les services d'urgence (112) et d'aller chercher ensuite un DEA s'il y en a un de disponible.
- Si vous êtes seul : appelez vous-même le 112, restez auprès de la victime au moment de l'appel, si possible.

Activez la fonction haut-parleur du téléphone pour faciliter la communication avec l'opérateur 112 (placez le téléphone à côté de la tête de la victime). Indiquez clairement l'endroit où vous vous trouvez, qu'il y a une victime inconsciente qui ne respire pas et que la réanimation est commencée. Ensuite, répondez à toutes les questions que vous posera l'opérateur 112...

Si vous êtes seul comme intervenant et que vous devez quitter la victime pour pouvoir alerter le service d'urgences médicales (parce que vous n'avez par exemple pas de téléphone portable), appelez d'abord le service d'urgences médicales et commencer ensuite la réanimation.

Si vous avez le moindre doute quant à la présence d'une respiration normale, agissez comme si la victime ne respirait pas normalement et préparez-vous à commencer la RCP.

Ne vous laissez pas induire en erreur par

- une respiration à peine perceptible ou la présence de gasps irréguliers, lents et bruyants.
- des mouvements involontaires ressemblant à des convulsions. Lorsque la victime n'est pas connue pour être épileptique et ne reprend pas conscience rapidement ou ne respire pas quand les mouvements convulsifs se sont arrêtés, elle peut être en arrêt cardiaque : dans le doute, commencer la réanimation.



La recherche a démontré que commencer une réanimation lorsqu'il n'y a pas d'arrêt cardiaque ne cause que très rarement des dommages, tandis que ne pas commencer la réanimation en cas d'arrêt cardiaque est beaucoup plus grave.



L'utilisation d'un DEA rend la défibrillation possible par une personne non formée. Une défibrillation intervenant dans les 3 à 5 minutes après l'arrêt cardiaque peut permettre d'atteindre un taux de survie de 50 à 70 %. Les chances de succès d'une défibrillation diminuent de près de 10-12 % par minute écoulée après un arrêt cardiaque, sauf si une réanimation efficace a été entreprise. Lorsque la réanimation est pratiquée par un témoin, le taux de survie diminue plus progressivement et atteint en moyenne 3 à 5 % par minute de retard de la défibrillation. Cependant, le secouriste isolé n'ira pas chercher un DEA et ne laissera pas une victime seule pendant plus de 10 secondes, à moins qu'il sache qu'un DEA se trouve à proximité immédiate.

CHAPITRE 3.1

LA RÉANIMATION EN DÉTAIL



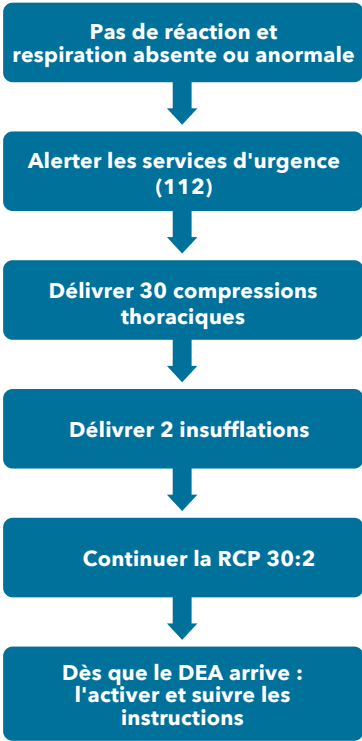
L'algorithme BLS montre les différentes étapes à suivre en cas d'arrêt cardiaque. Le chapitre précédent a déjà expliqué les deux premières étapes. Au cours des deux chapitres suivants, nous vous introduirons dans le domaine des compressions thoraciques, des insufflations et de l'utilisation d'un DEA.



Une vidéo montrant l'algorithme complet est disponible sur [la PVA du CoSy](#).

Figure 3.1

RÉANIMATION DE BASE



COMPRESSIONS THORACIQUES

Une réanimation de haute qualité reste essentielle pour améliorer la survie.



Une vidéo décrivant la technique se trouve sur [la PVA du CoSy](#).

Comment effectuer des compressions thoraciques ?

- Agenouillez-vous à côté de la victime.
- Placez le talon d'une main sur la moitié inférieure du sternum, au centre du thorax de la victime.

Figure 3.2 Placez le talon d'une main au centre du thorax de la victime



Bien que la photo le montre, afin de visualiser le positionnement des mains, il n'est pas nécessaire d'enlever les vêtements. C'est une perte de temps. Les vêtements ne doivent être retirés que lorsque les électrodes du DEA sont appliquées ou lorsque les compressions thoraciques sont difficiles (en raison d'un vêtement épais, d'une position difficile, d'une lésion possible à la main du secouriste, ...).

Effectuez les compressions thoraciques sur une surface ferme, dans la mesure du possible. Ne déplacez pas pour autant une victime du lit au sol, sauf s'il est impossible d'effectuer des compressions efficaces dans ces conditions (n'utilisez pas non plus de planche dorsale). Tenez compte du fait que dans ce cas, vos compressions thoraciques doivent être plus profondes en fonction du déplacement des surfaces situées en dessous de la victime (par exemple, le matelas et le sommier).

- Placez le talon de l'autre main au-dessus de la première.
- Entrelacez vos doigts et assurez-vous que la pression ne soit pas appliquée sur les côtes de la victime.

Figure 3.3 Le talon de l'autre main au-dessus de la première



- Gardez les bras tendus. N'appliquez aucune pression sur le haut de l'abdomen ou sur l'extrémité inférieure du sternum.
- Positionnez-vous à la verticale du thorax de la victime et enfoncez son sternum **d'au moins 5 cm, mais pas plus de 6 cm.**

Figure 3.4 Positionnez-vous à la verticale du thorax de la victime



-
- Après chaque compression, **relâchez** toute pression sur le thorax, sans perdre le contact entre vos mains et le sternum de la victime (pour permettre au cœur de se remplir à nouveau). Ne restez pas appuyé pas sur le thorax !
 - Réalisez **30** compressions thoraciques (en comptant à haute voix).
 - Maintenez une fréquence de **100 - 120/min**, avec le moins d'interruptions possible !



Les intervenants en RCP, formés, capables d'effectuer des insufflations et qui veulent le faire, doivent combiner les compressions thoraciques avec les insufflations. Si ce n'est pas le cas, ils devraient au moins essayer d'effectuer une réanimation avec uniquement des compressions thoraciques (compressions continues à une fréquence de 100 à 120 par minute).

INSUFFLATIONS



Une vidéo décrivant la technique se trouve sur [la PVA du CoSy](#).

Comment effectuer des insufflations ?

Après 30 compressions, ouvrez à nouveau les voies respiratoires, en basculant la tête et en soulevant le menton

- Pincez la partie molle du nez, en utilisant l'index et le pouce de votre main posée sur le front. Permettez à la bouche de s'ouvrir, mais maintenez le soulèvement du menton.
- Prenez une respiration normale et placez vos lèvres autour de la bouche de la victime, en veillant à assurer une bonne étanchéité.
- Soufflez de façon régulière dans la bouche, tout en regardant le soulèvement du thorax, pendant environ 1 seconde, comme pour une respiration normale.
- Tout en maintenant la tête basculée et le menton soulevé, éloignez votre bouche de la victime et regardez le thorax redescendre, avec la sortie de l'air.
- Prenez une autre inspiration normale et insufflez à nouveau dans la bouche de la victime pour réaliser, au total, deux insufflations efficaces.
- N'interrompez pas les compressions thoraciques durant plus de 10 secondes pour effectuer les deux insufflations.
- Replacez ensuite sans délai vos mains dans la position correcte sur le sternum et administrez 30 compressions thoraciques supplémentaires.
- Poursuivez les compressions thoraciques et les insufflations dans un rapport de 30:2.

Figure 3.5 Les insufflations





Si votre insufflation initiale ne soulève pas le thorax comme lors d'une respiration normale, alors, avant votre prochaine tentative :

- **contrôlez à nouveau que la bascule de la tête et le soulèvement du menton sont adéquats ;**
- **regardez rapidement dans la bouche de la victime et retirez toute obstruction visible, si possible ;**
- **ne tentez pas plus de 2 insufflations, avant de revenir aux compressions thoraciques.**



S'il un masque de poche est immédiatement disponible, ou lorsqu'il arrive avec le DEA, vous pouvez utiliser ce masque si vous êtes formé à son utilisation. La technique est expliquée dans la leçon optionnelle sur les masques de poche.

SI 2 SAUVETEURS SONT SUR PLACE :

Le premier secouriste démarre l'algorithme du BLS. En même temps, le second secouriste appelle le 112 (dès qu'il sait si la victime respire ou ne respire pas). Il va chercher ensuite un DEA - si possible - revient et l'applique, pendant que le premier secouriste poursuit la RCP. Il est recommandé aux secouristes d'alterner entre eux la RCP (compressions thoraciques et insufflations) toutes les 2 minutes (chaque fois que le DEA fait une analyse, ou, même en l'absence d'un DEA) pour prévenir la fatigue, sans que les compressions thoraciques ne soient interrompues.

DÈS QUE LE DEA EST ARRIVÉ...

Ce qu'il faut faire alors, est décrit dans le chapitre suivant.

N'INTERROMPEZ PAS LA RÉANIMATION SAUF SI :

- Un professionnel de la santé vous dit d'arrêter.
- La victime montre des signes évidents :
 - de réveil
 - de mouvements
 - d'ouverture des yeux
 - d'une respiration normale
- Vous êtes épuisé.



RÉSUMÉ

Sur la PVA du CoSy, nous avons introduit une description supplémentaire étape par étape qui résume toutes les étapes de la réanimation de base (BLS).

CHAPITRE 4

L'UTILISATION D'UN DEA



Une défibrillation intervenant dans les 3 à 5 min après l'arrêt cardiaque peut permettre d'atteindre un taux de survie de 50 à 70 %. Une défibrillation précoce peut être réalisée par un secouriste, en utilisant un DEA accessible au grand public et présent sur le site.



Une vidéo montrant l'utilisation d'un DEA dans le cadre du BLS est fournie sur la PVA du CoSy.

DÈS L'ARRIVÉE DU DEA :

Poursuivez la réanimation jusqu'à ce qu'un DEA arrive sur place, soit mis en marche et que les électrodes soient collées sur la victime.

1. Dès l'arrivée du DEA (apporté par le second secouriste) : demandez-lui d'ouvrir l'appareil. Lorsque l'aidant n'est pas capable ou ne veut pas ouvrir le DEA, prenez immédiatement le relais et faites-le vous-même.
2. Activez le DEA ou demandez à l'aidant de l'activer. Certains DEA s'allumeront automatiquement lors de l'ouverture du couvercle. Avec d'autres, vous devrez appuyer sur le bouton « ON » de mise en marche.

Figure 4.1 Demandez à l'aidant d'activer le DEA



3. Dégagez les vêtements du thorax de la victime et collez les électrodes sur le thorax nu de la victime. Si plus d'un secouriste est présent, la RCP devrait être poursuivie pendant que les électrodes sont placées sur le thorax. L'emballage des électrodes montre souvent la position correcte des électrodes sur le thorax. Dans la plupart des cas, cette position est également indiquée sur les électrodes elles-mêmes.

Figure 4.2 Regardez la position indiquée sur les électrodes



4. Une électrode devrait être placée en dessous de l'aisselle gauche. La meilleure position de cette électrode est sur la ligne médiane de l'aisselle (juste au-dessus de la dernière côte et sans que l'électrode ne touche le sol), soit dans la direction de l'aisselle vers la hanche, soit comme indiqué sur les électrodes de DEA.

Figure 4.3 Collez la première électrode en dessous de l'aisselle gauche (gros plan)



5. L'autre électrode devrait être placée juste sous de la clavicule droite, à côté du sternum. Elle ne doit pas couvrir les parties osseuses. Évitez de placer l'électrode sur le mamelon.

Figure 4.4 Collez la seconde électrode sous la clavicule droite (gros plan)



Assurez-vous que l'électrode adhère bien. Si nécessaire, lissez l'électrode. Certaines électrodes présentent un dessin montrant une position antéropostérieure (avant et arrière) : cela est également valable.

ÉCARTEZ-VOUS ! Assurez-vous que personne ne touche la victime ou les fils connectés aux électrodes du DEA pendant que le DEA analyse le rythme cardiaque. Faites au moins "un pas de genou" en arrière et faites des signes clairs et visibles pour vous assurer que personne ne s'approche ou ne touche la victime. Si, par accident, quelqu'un touche la victime de telle sorte qu'elle bouge, le DEA arrête l'analyse et en recommence une nouvelle.

Figure 4.5 Écartez-vous pendant l'analyse



Si un masque de poche est disponible, c'est le moment de l'ouvrir...

6. Si un choc est recommandé par l'appareil, délivrez le choc.

Figure 4.6 Délivrez le choc en toute sécurité



4

ÉCARTEZ-VOUS ! Assurez-vous que personne ne touche la victime...

Appuyez sur le bouton de choc comme demandé
(les DEA entièrement automatiques délivreront le choc automatiquement).

Pour assurer un choc en toute sécurité, placez votre doigt sur le bouton de choc, regardez autour de vous pour voir si personne ne touche la victime, faites un signe visible pour rester à l'écart et dites à haute voix : « je choque » tout en appuyant sur le bouton. Pendant que vous délivrez le choc, regardez autour de vous et ne regardez PAS le bouton de choc.

- Après le choc ou si aucun choc n'est indiqué, **reprenez immédiatement** la RCP 30:2 - suivez les instructions vocales/visuelles. La RCP reprendra pour une période de 2 minutes, période après laquelle le DEA recommencera une nouvelle analyse du rythme.



Si vous êtes seul, ne quittez PAS la victime pour aller chercher un DEA à moins qu'il ne s'agisse d'un collapsus soudain devant témoin et qu'un DEA soit directement disponible (dans le voisinage immédiat).

ASPECTS LIÉS A LA SÉCURITÉ

Sécurité du secouriste : **Ne pas toucher la victime ni les fils** connectés aux électrodes pendant l'analyse, la charge ou lorsque le DEA délivre le choc. Toucher la victime pendant l'analyse peut provoquer des mouvements qui interfèrent avec la reconnaissance du rythme cardiaque de la victime et qui peuvent retarder la délivrance d'un choc.

Sécurité des personnes présentes : Assurez-vous que l'environnement est sans danger. Pendant l'analyse, la charge, et spécialement lorsque le DEA délivre le choc, **vérifiez que personne ne touche la victime ou son environnement immédiat** (par exemple, un lit). Criez « écarter-vous » et vérifiez visuellement que personne ne touche la victime.

LE THORAX

Thorax humide : par exemple suite à une transpiration abondante ou après un sauvetage dans l'eau. Essuyez rapidement le thorax avant de coller les électrodes du DEA.

Thorax poilu : Un thorax poilu crée rarement des problèmes d'adhésion des électrodes du DEA. Néanmoins, il peut s'avérer nécessaire de devoir raser ou couper les poils pour permettre un contact adéquat. *Ne le faites pas de façon systématique, cela ferait perdre un temps précieux.*

Seins : Placez l'électrode gauche à côté ou en-dessous du sein gauche, en évitant le tissu mammaire.

Pansements : Retirez tous les pansements ou autres matériaux collés sur la peau du thorax de la victime pour assurer un bon contact des électrodes du DEA. Certaines victimes ont des "patch" médicamenteux collés sur le thorax. Il faut les enlever car ils peuvent provoquer des étincelles ou des brûlures lors de la défibrillation (placez-les sur la jambe de la victime pour une inspection ultérieure).

Bijoux : Retirez - si possible - tous les bijoux métalliques qui pourraient entrer en contact avec les électrodes du DEA. Les électrodes devraient être gardées à distance des bijoux qu'on ne peut enlever, tels que les piercings.

A garder de préférence avec le DEA :

Figure 4.7 Le DEA



- petit essuie / gant de toilette / mouchoirs
- rasoir
- masque facial
- gants de protection
- paire de ciseaux

LE STIMULATEUR CARDIAQUE (PACEMAKER)

Certaines victimes portent un stimulateur cardiaque. Celui-ci est généralement visible sous la peau, juste sous la clavicule gauche. Quelquefois, ils sont situés en dessous de la clavicule droite, au lieu de la gauche. *Assurez-vous que les électrodes du DEA ne soient pas collées sur ce stimulateur cardiaque, mais bien à côté ou en dessous.*

CHAPITRE 5

RÉSUMÉ BLS-

UN ALGORITHME ÉTAPE PAR ÉTAPE



Vous pouvez trouver dans l'environnement d'apprentissage en ligne dans CoSy, un résumé étape par étape de la Réanimation de Base, où toutes les informations, écrites ci-dessus, sont expliquées sur trois pages. Pour visionner cela, utilisez le code QR ci-dessus.

Vous pouvez également télécharger le poster de ce résumé sur <https://cprguidelines.eu> pour la version anglaise et sur <https://cprguidelines.eu/poster-translations> pour la version française.

CHAPITRE 6

LA POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ



Si, lors de son évaluation, la victime

- Réagit : laissez-la dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée, essayez d'identifier son problème et vérifiez-la régulièrement.
- **Ne réagit pas mais respire normalement** : placez-la en position de latérale de sécurité.

Attention : Si la victime **ne réagit pas ET que la respiration est absente ou anormale**, commencez la réanimation (BLS).

La position latérale de sécurité permet de maintenir ouvertes les voies respiratoires d'une victime inconsciente qui respire normalement. Elle prévient l'obstruction des voies respiratoires par la langue et permet aux éventuels liquides présents dans la bouche de s'écouler.

COMMENT FAIRE ?



Une vidéo descriptive est également proposée sur [la PVA du CoSy](#).

Pour placer une victime en position latérale de sécurité :

- Retirez ses lunettes, si elles sont présentes.
- Agenouillez-vous à côté d'elle et vérifiez que ses deux jambes soient alignées.
- Placez le bras le plus proche de vous à angle droit par rapport au corps, le coude fléchi et la paume vers le haut.

Figure 6.1 Placez le bras le plus proche à angle droit



-
- Amenez le bras opposé au-dessus du thorax et maintenez le dos de la main de la victime contre sa joue, de votre côté.

Figure 6.2 Amenez le dos de la main contre la joue située de votre côté



-
- Avec l'autre main, agrippez la jambe la plus éloignée, juste derrière le genou et fléchissez-la en maintenant le pied au sol.
 - En maintenant sa main appuyée contre sa joue, tirez sur la jambe éloignée et faites rouler la victime vers vous, sur le côté.

Figure 6.3 Tirez sur la jambe éloignée pour faire rouler la victime vers soi



- Assurez-vous que le coude du bras opposé touche l'autre bras ou le sol.
- Sans bouger votre main, ajustez la jambe située au-dessus, de façon à ce que la hanche et le genou forment un angle droit.
- Basculez la tête en arrière pour assurer la libération des voies respiratoires.

Figure 6.4 Position latérale de sécurité



- Au besoin, ajustez la main sous la joue pour maintenir la tête basculée vers l'arrière.
- Lorsque la victime se trouve en position latérale de sécurité, vérifiez sa respiration.



Vérifiez la respiration toutes les minutes pendant un maximum de 10 secondes pour déterminer si la victime respire normalement. Si elle ne respire pas normalement, basculez la victime sur le dos et commencez la procédure de réanimation.

Pour déterminer si la victime placée en position latérale de sécurité respire normalement :

- **poser votre front sur le sol,**
- **placer l'oreille et la joue près du nez et de la bouche de la victime,**
- **regardez, écoutez et sentez pendant un maximum de 10 secondes : regardez si le thorax bouge, écoutez s'il y a des bruits respiratoires et sentez si de l'air sort de la bouche,**
- **si vous ne pouvez pas voir le thorax, placez une main sur celui-ci ou sur le ventre de la victime, afin de sentir si elle respire.**

CHAPITRE 7

ÉTOUFFEMENT - OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES PAR UN CORPS ÉTRANGER



L'étouffement ou **l'obstruction des voies respiratoires par un corps étranger** est une cause rare de décès accidentel, mais potentiellement traitable. Comme la plupart des événements d'étouffement sont associés à l'alimentation, des témoins sont généralement présents. L'obstruction devrait facilement être suspectée quand une victime saisit sa gorge d'une main et tousse en même temps, avec un effort pour expulser un corps étranger. Il/elle ne peut respirer.

Figure 7.1 Étouffement : la victime tient la main autour de sa gorge



Tant que les victimes sont conscientes et répondent, une intervention précoce permet souvent de sauver des vies. Un corps étranger causant une obstruction sévère est une urgence médicale et nécessite un traitement rapide, avec une alternance de tapes dans le dos et, si l'obstruction n'est pas levée, de compressions abdominales. Si la victime ne répond plus, la RCP doit être démarrée immédiatement, pendant que de l'aide est appelée.



Une **vidéo** explicative se trouve sur **la PVA du CoSy**.

UNE APPROCHE ÉTAPE PAR ÉTAPE

1. **OBSTRUCTION SUSPECTE** : Soyez attentif à l'obstruction, en particulier si la victime est en train de manger. Alerte (vous-même ou via une deuxième personne) précocement les services médicaux d'urgence (via le 112 ou le numéro d'urgence local).
2. **POUR UNE OBSTRUCTION MODÉRÉE, ENCOURAGEZ À TOUSSER** : Invitez la victime à tousser. La victime qui est capable de parler, de tousser et de respirer présente une obstruction modérée. Les victimes présentant une obstruction modérée devraient rester sous observation permanente jusqu'à ce que leur état s'améliore, dans la mesure où une obstruction sévère peut survenir par la suite.
3. **OBSTRUCTION SÉVÈRE MAIS VICTIME CONSCIENTE** :

Une victime qui est incapable de parler ou de répondre, qui présente une toux qui s'affaiblit et qui est en difficulté respiratoire ou est incapable de respirer, présente une obstruction sévère des voies respiratoires.

a. DONNEZ DES TAPES DANS LE DOS : Quand une victime présente des signes d'obstruction sévère des voies respiratoires et est consciente, administrez jusqu'à 5 tapes dans le dos : soutenez la poitrine avec une main et penchez la victime vers l'avant de sorte que, lorsque l'objet obstruant est délogé, il sorte de la bouche plutôt que s'enfoncer plus loin dans les voies respiratoires.

- Donnez 5 tapes fermes entre les omoplates avec le talon de l'autre main. Vérifiez après chaque tape dans le dos si le corps étranger est expulsé ou non avant de donner la tape suivante...

Figure 7.2 Donnez 5 tapes fermes entre les omoplates



b. RÉALISEZ DES COMPRESSIONS ABDOMINALES : Si les 5 tapes dans le dos ne parviennent pas à libérer l'obstruction, pratiquez jusqu'à 5 compressions abdominales comme suit :

- tenez-vous derrière la victime et mettez les deux bras autour de la partie supérieure de son abdomen,
- penchez la victime vers l'avant,
- serrez le poing d'une main et placez-le entre l'ombilic et la cage thoracique, avec le pouce en contact avec la paroi abdominale,
- saisissez cette main avec votre autre main et tirez brusquement vers l'intérieur et vers le haut,
- Répétez jusqu'à 5 fois cette manoeuvre et vérifiez après chaque compression si le corps étranger est expulsé ou non avant d'administrer la compression suivante...

Figure 7.3 Placez le poing serré entre le nombril et la cage thoracique



Figure 7.4 Saisissez la première main avec l'autre main et tirez brusquement vers l'intérieur et vers le haut



Si l'obstruction n'est toujours pas levée, continuez en alternant cinq tapes dans le dos avec cinq compressions abdominales.

N'administrez **pas** de compressions abdominales à une femme enceinte ou à des nourrissons âgés de moins d'un an. Administrez à une femme enceinte des compressions thoraciques, avec le talon d'une main sur le sternum. Utilisez chez le nourrisson 2 doigts. La fréquence est plus lente que celle des compressions thoraciques pendant la RCP.

4. VIC TIME NE RÉAGISSANT PLUS : DÉMARREZ LA RÉANIMATION !

Si, à n'importe quel moment, la victime tombe inconsciente :

- allongez-la avec précaution sur le sol,
- alertez immédiatement le service d'urgence,
- commencez la RCP par des compressions thoraciques.

- 5. SOINS POST-DÉSObSTRUCTION :** Les compressions, tant abdominales que thoraciques, peuvent potentiellement causer de graves blessures internes et toutes les victimes traitées avec succès par ces méthodes doivent être examinées par un médecin par la suite, pour rechercher d'éventuelles lésions.

CHAPITRE 8.1

LA RÉANIMATION DE BASE CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS



La séquence de RCP adulte peut être utilisée en toute sécurité chez les enfants qui sont inconscients et ne respirent pas, ou ne respirent pas normalement.



visionnez également la vidéo sur [la PVA du CoSy](#)

Les modifications mineures suivantes, apportées à la séquence adulte, la rendront encore plus appropriée pour une utilisation chez les enfants :

- Donnez 5 insufflations initiales avant de commencer les compressions thoraciques. Un secouriste seul doit effectuer d'abord ces insufflations avant d'appeler à l'aide ; si une autre personne est disponible, envoyez-la appeler immédiatement les secours.
- Comprimez le thorax d'au moins un tiers de son épaisseur (mais pas plus de 6 cm) ; selon la taille de l'enfant, utilisez 2 doigts ou 2 pouces ou 1 ou 2 mains, si nécessaire pour atteindre une profondeur de compression suffisante.

Les **DEA** standard peuvent être utilisés pour des enfants de plus de 8 ans. Pour les enfants de moins de 8 ans, utilisez des électrodes pédiatriques spécifiques ou un mode pédiatrique (atténuateur de puissance délivrée) s'ils sont disponibles ; s'ils ne le sont pas, utilisez le DEA tel quel.

Si les électrodes sont trop grandes (risque d'arc électrique entre les électrodes), l'une doit être placée sur le haut du dos, entre les omoplates et l'autre sur le devant du thorax, juste à gauche du sternum. Cette position est connue sous le nom de position antéro-postérieure et est également acceptable.



Ceux d'entre vous qui surveillent des enfants et qui pourraient être confrontés à un enfant en arrêt cardiaque (imminent), devraient bénéficier d'un cours réanimation pédiatrique dédié (PBLIS).

8.1

CHAPITRE 8.2

CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES



Nous décrivons dans ce chapitre certaines circonstances particulières qui influencent de manière plus ou moins importante les étapes du BLS. Selon le contexte, certaines d'entre elles seront plus pertinentes pour vous.

NOYADE

Comme les enfants, les victimes adultes de noyade sont susceptibles de se retrouver en arrêt cardiaque en raison d'un sévère manque d'oxygène (conséquence de la submersion). Pour cette raison, l'approche de la réanimation chez ce type de victimes est principalement axée sur la ventilation, en plus des compressions thoraciques. Une série de 5 insufflations est effectuée avant de débiter les compressions thoraciques.

Ainsi, l'algorithme chez un noyé adulte est similaire à celui des enfants :

- Pas de réaction et respiration absente ou anormale.
- Appelez les services d'urgence - demandez un DEA.
- Donnez 5 insufflations initiales.
- Donnez 30 compressions thoraciques.
- Donnez 2 insufflations.
- Continuez la RCP 30:2.

Dès l'arrivée du DEA : activez-le et suivez les instructions. Avant d'appliquer les électrodes, séchez le thorax pour avoir une bonne adhérence des électrodes. Déplacez la victime si elle se trouve dans une flaque d'eau.

TRAUMATISME/ACCIDENT

Une lésion traumatique peut entraîner ou compliquer un arrêt cardiaque. Les raisons en sont multiple, telles que l'obstruction des voies respiratoires, le manque d'oxygène, une perte de sang massive, ... La réanimation de base doit également être effectuée chez les victimes d'un arrêt cardiaque dû à un traumatisme grave, à condition que l'intervenant puisse le faire en toute sécurité. Essayez de minimiser autant que possible tout mouvement de la colonne vertébrale, sans cependant gêner le processus de réanimation, qui est clairement prioritaire.

En cas de saignement incontrôlable, il faut arrêter la perte de sang avant d'administrer des compressions thoraciques. Appliquez une pression directe pour arrêter le saignement externe massif (à l'aide d'une serviette ou d'une chemise ou, si possible, de pansements hémostatiques pour obturer la plaie). Utiliser un garrot en cas d'hémorragie d'hémorragie externe incontrôlable, potentiellement mortelle (de préférence réalisée mécaniquement).

GROSSESSE

En cas d'arrêt cardiaque chez une femme enceinte, effectuez la réanimation en utilisant les procédures de réanimation standard, y compris l'utilisation d'un DEA. Lorsque vous appelez le 112 ou votre service d'urgence local, indiquez clairement que la victime est une femme enceinte ; cela permet à l'opérateur 112 de faire la différence quant au type de professionnels de la santé à alerter.

Les intervenants ne doivent pas craindre de nuire au fœtus quand ils réaniment la mère ou utilisent un DEA. Si le sein droit empêche le placement correct de l'électrode, placez-la sous l'aisselle droite pour éviter de la placer sur le sein droit.

Au fur et à mesure que le bébé grandit, le flux sanguin vers le cœur de la mère peut être réduit en raison de la compression du système veineux abdominal profond (veine cave, qui se trouve derrière l'utérus, du côté droit de la victime). Dans ce cas, déplacez l'abdomen de la personne enceinte sur son côté gauche, à environ 30 degrés, en plaçant un oreiller ou un tissu sous son côté droit. Si vous, ou un autre intervenant, êtes formé pour le faire, déplacez prudemment l'abdomen vers la gauche avec les 2 mains. Chez une femme enceinte, dès que la circulation s'est rétablie, elle doit être placée sur le côté gauche pour améliorer le flux sanguin vers son cœur (et donc vers le fœtus).



Sur la PVA du CoSy, nous présentons quelques informations complémentaires sur la réanimation dans un avion ou dans un fauteuil dentaire, ainsi que sur ce qu'il faut faire en cas de réaction allergique aiguë ou de victime obèse.

CHAPITRE 9

EN PÉRIODE DE PANDÉMIE...



COVID-19

Assurer la sécurité du secouriste a toujours été une priorité dans les directives de l'ERC, mais le manque de preuves a rendu difficile la définition précise des risques associés dans des situations spécifiques telles qu'une pandémie. Les secouristes peuvent accorder plus d'importance au bénéfice de la victime qu'à leur risque personnel, mais ils doivent également être conscients de leur responsabilité envers leurs proches, leurs collègues et la communauté au sens large. En général, lorsqu'il existe un risque de transmission d'une maladie grave, *les secouristes doivent utiliser un équipement de protection individuelle (EPI) approprié avant de commencer une réanimation*. Des procédures doivent être mises en place pour faciliter cela et si du temps supplémentaire est nécessaire pour pouvoir prodiguer des soins en toute sécurité, il faut considérer que cela est acceptable dans un processus de réanimation.

Durant une réanimation, il peut être généré des aérosols (particules en suspension dans l'air) qui, en période de pandémie de COVID-19, peuvent contenir des virus, hautement contagieux. Les intervenants doivent donc prendre suffisamment de précautions. **Les témoins qui ont déjà été en contact étroit avec la victime** (parent proche ou ami) seront probablement plus enclins à effectuer une réanimation standard, conformément aux directives de 2021, sachant que cela pourrait encore augmenter le risque d'infection (si la victime est atteinte de la COVID-19), par contre, cela peut améliorer considérablement la survie.

Cependant, conformément aux règles et réglementations locales, **le BLS doit être adapté pour limiter les risques pour l'intervenant :**

- Portez un masque (facial) en tissu. Si des gants sont disponibles, utilisez-les.
- Mettez un masque en tissu (ou une serviette ou un t-shirt) sur le visage de la victime (de façon à couvrir la bouche et le nez).
- Évaluez la réaction de la victime en secouant son corps, ses hanches ou ses jambes (de préférence ne pas secouer les épaules).
- Vérifiez la respiration en regardant le thorax de la victime à distance (pas de bascule de la tête ni de soulèvement du menton) - placer une main sur le ventre ou le thorax peut aider.
- Effectuez une réanimation avec uniquement des compressions thoraciques.
- Dès que le DEA est disponible, activez-le et suivez ses instructions sans les modifier.

- N'oubliez pas de vous laver les mains à l'eau et au savon dès que possible après l'intervention et de les désinfecter avec un gel hydroalcoolique.

ATTENTION : L'utilisation d'un masque de poche ne protège pas contre une infection car la barrière est insuffisante. La ventilation par ballon-masque (BAVU ou Ballon Autoremplisseur à Valve Unidirectionnelle) est également génératrice d'aérosols et ne doit être effectuée que si les secouristes sont suffisamment protégés par un équipement de protection individuelle contre les infections aéroportées, c'est-à-dire un masque facial, des gants, un écran facial ou des lunettes, et une blouse. Une technique à deux est alors conseillée.

Un e-learning dédié à la RCP pendant la pandémie de COVID-19 se trouve dans votre compte CoSy. L'algorithme BLS spécifique pendant la COVID et le texte complet des directives y sont également fournis à titre d'informations.



AIDES À LA VENTILATION

LE MASQUE FACIAL (OU MASQUE DE POCHE)

Le masque de poche est un petit dispositif qui peut être porté sur soi. L'air est administré au patient lorsque le secouriste expire à travers une valve unidirectionnel munie d'un filtre. Les masques de poche modernes sont équipés d'une valve unidirectionnelle intégrée ou d'un filtre jetable amovible pour protéger le secouriste des substances corporelles potentiellement infectieuses provenant du patient, comme des vomissements ou du sang. Ils ne protègent cependant pas contre les particules aérosolisées (comme dans la COVID-19). De nombreux masques ont également un tube intégré au masque, permettant d'administrer de l'oxygène à 50 à 60 %.

Les masques faciaux sont utilisés comme interface entre la victime et le secouriste (bouche à masque). Il existe généralement deux tailles sur le marché (petite et grande taille). Le masque est transparent, ce qui permet de visualiser la présence de vomi ou de sang de la victime.

Bien que la ventilation par masque de poche ne soit pas aussi efficace pour l'administration d'oxygène que celle par BAVU (voir ci-dessous), il a des avantages quand un seul intervenant est sur place. Il bénéficie d'une portabilité un peu plus grande et permet aux deux mains du sauveteur d'être placées sur la tête du patient. Ce positionnement des mains assure une étanchéité plus efficace sur le visage du patient.

Il est recommandé de suivre une formation avant son utilisation.

Les secouristes isolés devraient se positionner sur le côté de la victime. Cela leur permettra de passer facilement de la ventilation aux compressions thoraciques.

Figure 9.1 Insufflations avec masque facial – un secouriste



Pour réaliser ces manœuvres :

- Placez le masque sur la bouche et le nez de la victime. La partie la plus large du masque doit couvrir la bouche et la partie la plus étroite le nez.
- Placez votre pouce et votre index sur la partie la plus étroite du masque (formez un V ; la main reste posée sur le front).
- Placez le pouce de l'autre main sur la partie la plus large et utilisez vos autres doigts pour saisir le menton et le soulever vers le masque pour assurer un joint étanche.
- Soufflez régulièrement au travers de la valve unidirectionnelle pendant 1 seconde, de sorte que le thorax de la victime se soulève comme lors d'une respiration normale.
- Retirez ensuite votre bouche de la valve unidirectionnelle après avoir délivré chaque insufflation et permettez au thorax de s'affaisser durant l'expiration.

Si deux secouristes sont présents, le premier devrait réaliser des compressions thoraciques, tandis que le second devrait s'approcher de l'autre côté de la victime (en tenant le masque comme expliqué précédemment) ou par derrière la tête de la victime. Les insufflations peuvent être délivrées par le premier ou le deuxième secouriste. Les secouristes alterneront à tour de rôle, toutes les deux minutes.

Figure 9.2 Insufflations avec un masque facial



Pour positionner le masque en étant derrière la tête de la victime :

- Placez le masque sur la bouche et le nez de la victime. La partie la plus large du masque doit couvrir la bouche et la partie la plus étroite le nez.
- Placez vos pouces sur le masque.
- Utilisez vos autres doigts pour saisir la mâchoire et la soulever vers le masque afin d'assurer l'étanchéité.



LA PROTECTION FACIALE POUR RÉANIMATION

La protection faciale pour réanimation est un dispositif jetable, équipé d'une feuille de plastique ou de silicone qui isole le secouriste de la victime. Elle est très facile à transporter mais n'offre pas la même protection qu'un masque de poche.

Figure 9.3 La protection faciale



VENTILATION AU BALLON-MASQUE OU AU BAVU

La ventilation au ballon-masque ou au ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle est uniquement destinée à ceux qui ont suivi une formation adéquate (et des réentraînements) pour son utilisation. Il existe un risque d'hypo- ou d'hyperventilation et d'inflation gastrique avec une mauvaise technique.

La ventilation au BAVU permet toutefois d'administrer de l'oxygène et d'éviter le bouche-à-bouche là où il y aurait un risque de transmission de maladies. C'est pourquoi les professionnels de la santé (dûment formés), lorsqu'un arrêt cardiaque survient dans le cadre de leur travail, doivent utiliser le BAVU avec de l'oxygène pour remplacer dès que possible la ventilation au bouche à bouche. Tout professionnel de la santé devrait idéalement être capable d'effectuer correctement une ventilation au BAVU. La ventilation optimale au BAVU n'est pas facile à réaliser et doit faire l'objet d'un entraînement adéquat.

S'il y a 2 secouristes disponibles, une approche à 2 personnes est préférable pour ventiler au BAVU.



Nous vous présentons également plus d'informations dans l'espace virtuelle d'apprentissage sur l'utilisation de la ventilation au BAVU (ballon-masque). Vous y trouverez également une vidéo concernant un arrêt cardiaque à l'hôpital où le BAVU est utilisé pour la ventilation.

Avec le soutien de...

Ambu 

 **corpuls**[®]



 **Laerdal**
helping save lives

PHILIPS



stryker

ZOLL



9789492543 813



Détails de contact

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35 - 2845 Niel - Belgium
support@erc.edu - www.erc.edu



Belgian Resuscitation Council vzw - asbl
Avenue des Villas 35A, 1060 Bruxelles
office@brc-rea.be - www.brc-rea.be



Luxembourg Resuscitation Council (LRC)
29 rue de Vianden - L-2680 - Luxembourg
info@lrc.lu - www.lrc.lu



En collaboration avec:



www.erc.edu



www.brc-rea.be



www.lrc.lu